

Uczęszczanie do ginekologa i relacja pacjentka–lekarz wśród kobiet mających stosunki seksualne z kobietami

Visiting a gynecologist and the patient–physician relationship among women who have sex with women

Edyta Charzyńska

Wydział Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach
Interdyscyplinarne Studia Doktoranckie Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej w Warszawie

Streszczenie

Wstęp: Celem niniejszego artykułu jest zaprezentowanie rezultatów badania własnego dotyczącego uczęszczania do ginekologa i doświadczeń związanych z relacją pacjentka–lekarz wśród kobiet mających stosunki seksualne z kobietami.

Materiał i metody: Badaniem objęto 243 kobiety, które odbyły choć raz w życiu stosunek seksualny z kobietą. Skonstruowano ankietę zawierającą pytania na temat dotychczasowych doświadczeń kobiet w relacji pacjentka–ginekolog oraz ich potrzeb i oczekiwań w tym zakresie.

Wyniki: Grupą najrzadziej uczęszczającą do ginekologa były kobiety odbywające stosunki seksualne w ciągu życia wyłącznie z kobietami. 8,2% kobiet poinformowała lekarza ogólnego o swoich kontaktach seksualnych z kobietami; w przypadku ginekologa było to 35,3%. 31,7% procent chciałoby, by lekarz ogólny, a 69,1% by ginekolog wiedział o ich seksualnych doświadczeniach z kobietami. Kontakty seksualne z kobietami były najczęściej ujawniane przez pacjentki w wyniku potrzeby skorygowania błędnych założeń lekarza. Badane chciałyby uzyskiwać od ginekologów więcej informacji, zwłaszcza na temat chorób przenoszonych drogą płciową w trakcie seksu kobiet oraz metod zabezpieczania się. Badane wskazały trzy najważniejsze potrzeby zmian w relacji pacjentka–lekarz: 1) świadomość, że istnieje seks między kobietami, 2) merytoryczne podejście, profesjonalizm i wiedza, 3) tolerancja i szacunek.

Wnioski: Niezbędne jest zwiększenie w Polsce świadomości i wiedzy lekarzy, a zwłaszcza ginekologów w zakresie seksu między kobietami w celu poprawy jakości świadczonych usług medycznych. Rezultaty badania powinny też być uwzględniane podczas konstruowania zdrowotnych kampanii społecznych kierowanych do kobiet.

Słowa kluczowe: aktywność seksualna, opieka zdrowotna, orientacja seksualna, homoseksualność, biseksualność
Seksuologia Polska 2013; 11 (1): 1–10

Abstract

Introduction: The aim of the article is to present the results of the study concerning the frequency of visiting a gynecologist and the experiences of the patient–physician relationship between women who have sex with women.

Material and methods: 243 women who have had at least one sexual intercourse with another woman participated in the study. The questionnaire measuring women's experiences in the patient–gynecologist relationship and their needs and expectancies was constructed.

Results: Women who have had sex solely with women visited a gynecologist least often. 8.2% women informed their general practitioner and 35.3% their gynecologist about their sexual experiences with women. 31.7% of examined women would like to inform their GP and 69.1% their gynecologist about their sex with women. Women disclosed their sexual experiences with women most often due to the need of correcting physician's wrong assumptions about their sexual life. The examined women would like to obtain more information from gynecologists, especially

Adres do korespondencji: mgr Edyta Charzyńska
Wydział Pedagogiki i Psychologii, Uniwersytet Śląski w Katowicach
ul. Grażyńskiego 53/420, 40–126 Katowice
tel.: 32 359 97 21, e-mail: edyta.charzynska@gmail.com

Nadestano: 10.01.2013

Przyjęto do druku: 15.05.2013

related to sexually transmitted diseases and safe sex methods. Three aspects of health care system which should be changed were pointed out by the women: 1) awareness of the existence of sex between women, 2) professional approach and knowledge, 3) tolerance and respect.

Conclusions: *There is a growing need for improving in Poland the GPs' and particularly the gynecologists' awareness and knowledge about sex between women in order to enhance the quality of health services. The results of the study should also be taken into account when designing health care campaigns dedicated to women.*

Key words: *sexual activity, health care, sexual orientation, homosexuality, bisexuality*

Polish Sexology 2013; 11 (1): 1–10

Wstęp

W raportach nad seksualnością Polaków autorstwa Izdebskiego opartych na badaniach przeprowadzonych w latach 1997 i 2001 [1] odczuwanie pociągu seksualnego do osób tej samej płci aktualnie lub w przeszłości zadeklarowało odpowiednio 6,9% i 6,8% badanych kobiet, podczas gdy 4% kobiet w 1997 roku i 3% w 2001 roku wyznało, że miało choć raz w życiu kontakt seksualny z osobą tej samej płci. Wyniki badania przeprowadzonego w latach 1999–2001 na reprezentatywnej grupie 6399 Brytyjek pokazały, że 4,9% kobiet odbyło choć raz w życiu stosunek seksualny z drugą kobietą, a 2,8% uprawiało seks z kobietą w ciągu 5 ostatnich lat [2]. 11,2% kobiet wyznało, że odczuwała bądź odczuwa pociąg seksualny do osób tej samej płci.

Wyniki badań potwierdzają, iż błędem jest stawianie znaku równości między identyfikowaniem się jako osoba hetero-, bi- czy heteroseksualna, przejawianymi zachowaniami seksualnymi i odczuwanymi pragnieniami. *The National Health and Social Life Study* [3], przeprowadzone w 1994 roku, uwzględniające wielowymiarowe podejście do orientacji seksualnej (identyfikowanie się, obecne pragnienia seksualne, obecne lub przeszłe zachowania seksualne) pokazało, że z grupy 1749 badanych kobiet 8,4% wykazało co najmniej jeden z trzech komponentów orientacji homoseksualnej. Równocześnie 63% badanych mających doświadczenia seksualne z kobietami nie identyfikowało się jako kobiety homoseksualne. W badaniu przeprowadzonym w Polsce przez Machaj-Szczerek [4] w grupie 254 kobiet posiadających dziecko i pozostających w związkach heteroseksualnych 2,3% badanych określiło się jako homoseksualne, a 5,9% jako biseksualne. 9% spośród badanych zrealizowało choć raz w życiu zachowanie homoseksualne.

Mimo że zachowania czy pragnienia homoseksualne nie są doświadczeniem marginalnym, to wciąż spotykają się one z dyskryminacją i nietolerancją [5]. Jedną z form represji, na którą narażone są mniejszości seksualne, jest heteroseksizm [6]. Określa się tak „system ideologiczny zaprzeczający, poniżający, stygmatyzujący wszystkie nieheteroseksualne formy zachowania, tożsamości, relacji czy społeczności” [7]. Heteroseksizm wiąże się z przekonaniem, że heteroseksualność jest „lepszą, zdrow-

szą, bardziej naturalną i bardziej wartościową niż homo- i biseksualność” [6]. Wydaje się, że żadna dziedzina życia społecznego nie jest wolna od tego typu przekonań, co znacząco wpływa na funkcjonowanie i jakość życia mniejszości seksualnych. Również sfera opieki medycznej, która powinna być neutralna wobec tego typu czynników, nie jest od nich wolna. Homofobia, heteroseksizm i brak wiedzy wśród personelu medycznego są co dzień doświadczane na całym świecie przez kobiety i mężczyzn o nieheteronormatywnych zachowaniach seksualnych [8].

Niniejsze badanie koncentruje się na doświadczeniach w relacji pacjentka–ginekolog wśród kobiet mających stosunki seksualne z kobietami. Podjęcie tego tematu wpływa z dwóch przesłanek: po pierwsze, w badaniach nad funkcjonowaniem zdrowotnym więcej miejsca poświęca się mężczyznom homo- i biseksualnym, rzadziej czyniąc podmiotem badań kobiety bi- i homoseksualne [9]. Zainteresowanie zdrowiem mężczyzn homo- i biseksualnych miało miejsce zwłaszcza w związku z epidemią AIDS, którą wiązano z męskim homoseksualizmem. W akcjach społecznych dotyczących chorób przenoszonych drogą płciową nie uwzględniano kobiet homoseksualnych, uważając je za niepodatne na zarażenie (tzw. mit lesbijskiej odporności; *myth of lesbian immunity*) [10, 11]. Tymczasem wiadomo, że zachowania niesprzyjające zdrowiu, w tym ryzykowne zachowania seksualne występują również wśród kobiet homoseksualnych, zwłaszcza młodych [12]. Druga przesłanka wiąże się z chęcią przedstawienia barier, na jakie napotykają w Polsce kobiety mające stosunki seksualne z innymi kobietami w kontakcie z lekarzami, zwłaszcza ginekologami.

Kobiety utrzymujące stosunki seksualne z innymi kobietami stanowią temat tabu w praktyce medycznej. Wziąwszy pod uwagę liczbę kobiet homoseksualnych występujących w populacji, prawdopodobnym jest, że w ciągu swojej praktyki lekarskiej każdy ginekolog ma wśród swoich pacjentek kilkanaście/kilkadziesiąt kobiet homoseksualnych; jeszcze więcej pacjentek miało/ma/chciałoby mieć kontakty seksualne z innymi kobietami, choć nie identyfikują się one jako homoseksualne. Wynik badania przeprowadzonego z udziałem 110 ginekologów pokazał, że połowa z nich uważa, że nigdy nie miało pacjentki, która była homoseksualna [13]. Brak świadomości

lub niechęć do dopuszczenia do siebie myśli o istnieniu kobiet preferujących kontakty nieheteroseksualne sprawiają, że kobiety te są wciąż niewidzialne dla systemu zdrowotnego, a ich potrzeby są zaniedbywane zarówno przez personel medyczny, jak i przez kampanie zdrowotne.

Materiał i metody

Wziąwszy pod uwagę potencjalne różnice w zakresie deklarowanej orientacji seksualnej i zachowań seksualnych badanie zdecydowano się skierować nie tylko do kobiet homoseksualnych, ale do pełnoletnich kobiet uprawiających kiedykolwiek seks z kobietą, niezależnie od orientacji seksualnej. Stosunek seksualny pomiędzy kobietami zdefiniowany został jako fizyczne zbliżenie między nimi, w trakcie którego występuje kontakt z narządami płciowymi przynajmniej jednej z nich. W celu dotarcia do grupy badawczej skorzystano z metody kuli śniegowej. Przygotowano autorską ankietę, którą rozesłano drogą mailową do osób związanych ze środowiskiem LGB z prośbą o rozpowszechnienie jej wśród kobiet potencjalnie spełniających przyjęte kryteria. Zamieszczono również informację o badaniu na kilku portalach kobiecych i/lub związanych ze środowiskiem LGB, między innymi www.innastrona.pl, www.les.art.pl, www.homoseksualizm.org.pl, www.genders.pl, www.queer.pl, www.netkobiety.pl.

Oprócz metryczki zawierającej pytania dotyczące wieku, stanu partnerskiego, miejsca zamieszkania, wykształcenia, orientacji seksualnej i dotychczasowej aktywności seksualnej badane poproszono o wypełnienia ankiety składającej się z następujących pytań dotyczących relacji pacjentka–lekarz, zwłaszcza lekarz ginekolog:

- uczęszczania do lekarza ginekologa,
- świadomości lekarza ogólnego/ginekologa w zakresie kontaktów seksualnych badanej z kobietami,
- chęci badanej, by lekarz ogólny/ginekolog był świadomy faktu jej współżycia seksualnego z kobietami,
- opinii badanej na temat ważności poinformowania lekarza ogólnego/ginekologa o współżyciu seksualnym z kobietami,
- zadania przez lekarza-ginekologa pytania dotyczące płci osoby, z którą pacjentka nawiązała kontakty seksualne lub orientacji seksualnej badanej,
- poinformowania przez badaną lekarza o kontaktach seksualnych z kobietami,
- reakcji lekarza na otrzymanie informacji o kontaktach seksualnych badanej z kobietami,
- udzielania przez lekarza ginekologa informacji dotyczących zachowań zdrowotnych oraz czynników ryzyka i ochronnych charakterystycznych dla kobiet uprawiających seks z kobietami,
- chęci zadania przez badane pytań skierowanych do

ginekologa, które nigdy nie zostały postawione ze względu na wstyd lub obawę przed reakcją,

- potrzeb badanych dotyczących zmian stosunku lekarzy ginekologów względem kobiet uprawiających seks z kobietami.

Dodatkowo, badane na 5-stopniowej skali Likerta, na której 1 oznaczało „zdecydowanie negatywny”, a 5 „zdecydowanie pozytywny”, zaznaczały stosunek do własnych kontaktów seksualnych z kobietami.

Wyniki

W badaniu udział wzięły 243 kobiety, które zadeklaryowały co najmniej jeden stosunek seksualny z kobietą. Średnia wieku badanych wyniosła 24,25 roku, odchylenie standardowe 6,129; najmłodsze uczestniczki badania liczyły 18 lat, najstarsza 50. Zróżnicowanie grupy pod względem wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia, stanu partnerskiego, deklarowanej orientacji seksualnej oraz aktywności seksualnej w ciągu życia przedstawiono w tabeli 1.

Większość badanych zamieszkiwała miasta powyżej 100 tysięcy mieszkańców, miała wykształcenie średnie bądź wyższe, pozostawała w związku nieformalnym. Ponad połowa badanych deklarowała się jako homoseksualna. Większość badanych kobiet w ciągu życia utrzymywała kontakty seksualne wyłącznie lub w większości z kobietami.

Uczęszczanie do ginekologa

Pośród badanych kobiet 173 (71,2%) co najmniej raz w życiu było u ginekologa, w ciągu 5 lat wizytę u specjalisty odbyły 164 kobiety (67,5%), natomiast w ciągu ostatniego roku 111 (45,7%) badanych.

W tabeli 2 przedstawiono procent badanych uczęszczających do ginekologa, z uwzględnieniem różnych przedziałów wiekowych.

Postawiono hipotezę mówiącą o rzadszym uczęszczaniu do ginekologa przez kobiety uprawiające seks wyłącznie z kobietami w porównaniu z pozostałymi badanymi. W celu jej weryfikacji w pierwszej kolejności sprawdzono, czy grupy kobiet o odmiennych doświadczeniach seksualnych różnią się pod względem wieku. Nie odnotowano istotnych różnic między grupami ($t(241) = 0,472$; $p > 0,05$). Test χ^2 wykazał, że mniej kobiet, które uprawiały dotychczas seks wyłącznie z kobietami, odbyło w ciągu całego życia co najmniej jedną wizytę u ginekologa ($\chi^2(1) = 9,455$; $p < 0,01$). Podobne, choć słabsze, różnice odnotowano w przypadku okresu 5-letniego ($\chi^2(1) = 3,901$; $p < 0,05$) oraz rocznego ($\chi^2(1) = 3,877$; $p < 0,05$). W tabeli 3 zaprezentowano różnice między grupami kobiet o odmiennej aktywności seksualnej w ciągu życia w zakresie uczęszczania do ginekologa.

Tabela 1. Zróżnicowanie grupy pod względem wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia, stanu partnerskiego, deklarowanej orientacji seksualnej oraz aktywności seksualnej w ciągu życia

Badane zmienne	Liczba	Procent	Procent skumulowany
Wiek			
18–24 lata	153	63,0%	63,0%
25–34 lata	73	30,0%	93,0%
35–44 lata	13	5,3%	98,4%
45–50 lat	4	1,6%	100%
Miejsce zamieszkania			
wieś	9	3,7%	3,7%
miasto do 100 tys. mieszkańców	51	21,0%	24,7%
miasto między 100 a 500 tys. mieszkańców	90	37,0%	61,7%
miasto powyżej 500 tys. mieszkańców	93	38,3%	100%
Wykształcenie			
podstawowe	0	0%	0%
gimnazjalne	24	9,9%	9,9%
zawodowe	5	2,1%	12,0%
średnie	105	43,2%	55,2%
wyższe	109	44,9%	100%
Stan partnerski			
w związku nieformalnym	153	63,0%	63,0%
w związku formalnym	14	5,8%	68,7%
nie jestem w związku	76	31,3%	100,0%
Orientacja seksualna			
homoseksualna	156	64,2%	64,2%
biseksualna	71	29,2%	93,4%
heteroseksualna	10	4,1%	97,5%
inna odpowiedź	6	2,5%	100,0%
Aktywność seksualna w ciągu całego życia			
kontakty seksualne wyłącznie z kobietami	105	43,2%	43,2%
kontakty seksualne w większości z kobietami, sporadycznie z mężczyznami	72	29,6%	72,8%
kontakty seksualne w równym stopniu z kobietami, jak i z mężczyznami	32	13,2%	86,0%
kontakty seksualne w większości z mężczyznami, sporadycznie z kobietami	34	14,0%	100%

Tabela 2. Wiek badanych a uczęszczanie do ginekologa*

Przedział wiekowy	Odbycie wizyty u ginekologa					
	W ciągu całego życia n %		W ciągu ostatnich 5 lat n %		W ciągu ostatniego roku n %	
18–24	91	59,5%	86	56,2%	57	37,3%
25–34	65	89,0%	61	83,6%	41	56,2%
35–50	17	100%	17	100%	13	76,5%

*Z powodu małej liczebności kobiet powyżej 45. roku życia połączono grupy 35–44 oraz 45–50 i stworzono jedną kategorię badanych w wieku 35–50 lat

Tabela 3. Aktywność seksualna w ciągu życia a uczęszczanie do ginekologa

Aktywność seksualna w ciągu całego życia	Odbycie wizyty u ginekologa					
	W ciągu całego życia n %		W ciągu ostatnich 5 lat n %		W ciągu ostatniego roku n %	
Wyłącznie z kobietami	64	61,0%	64	61,0%	41	39,0%
W większości z kobietami	53	73,6%	47	65,3%	27	37,5%
Po równo z kobietami i z mężczyznami	24	75,0%	22	68,8%	17	53,1%
W większości z mężczyznami	32	94,1%	31	91,2%	26	76,5%

Świadomość lekarza ogólnego/ginekologa w zakresie kontaktów seksualnych pacjentek

Świadomość tego, iż pacjentki utrzymywały/utrzymują kontakty seksualne z innymi kobietami ma 8,2% (20 odpowiedzi z 243) lekarzy ogólnych oraz 35,3% (61 odpowiedzi

ze 173) ginekologów badanych kobiet. Na pytanie dotyczące tego, czy badane chciałyby, by lekarz ogólny/ginekolog wiedział o ich doświadczeniach seksualnych z kobietami, 31,7% (77 odpowiedzi) stwierdziło, że „tak” w przypadku lekarza ogólnego oraz 69,1% (168 odpowiedzi) w przypadku ginekologa. Równocześnie 34,2% (83 odpowiedzi) kobiet

uważało, że ważne jest, by lekarz ogólny wiedział, że jego pacjentka ma kontakty seksualne z kobietami, podczas gdy w przypadku lekarza ginekologa taką opinię wyraziło 75,7% (184 odpowiedzi) badanych.

W kolejnym kroku analiz statystycznych zweryfikowano hipotezę mówiącą, iż kobiety, które mają pozytywny stosunek do własnych kontaktów seksualnych z kobietami, częściej informują lekarzy o współżyciu seksualnym z osobami tej samej płci. Rezultaty testu χ^2 potwierdziły prawdziwość tej hipotezy ($\chi^2(1) = 4,336$, $p < 0,05$). Dodatkowo, wykazano, że kobiety pozytywnie odnoszące się do swych doświadczeń seksualnych z kobietami częściej chciałyby, by zarówno lekarz ogólny ($\chi^2(1) = 7,223$, $p < 0,01$), jak i ginekolog ($\chi^2(1) = 22,099$; $p < 0,001$) wiedzieli o ich kontaktach seksualnych z osobami tej samej płci.

Przyczyny ujawniania przez badane faktu współżycia seksualnego z kobietami

Żadna z badanych nigdy nie została bezpośrednio zapytana przez ginekologa o płeć osoby, z którą współżyła/współżyje seksualnie. Jedna badana została zapytana o swoją orientację seksualną; 32,9% (57 ze 173, które odbyły pierwszą wizytę u ginekologa) badanych kobiet poinformowało ginekologa o kontaktach seksualnych z innymi kobietami. Kategorie sytuacji, w których badane informowały lekarza ginekologa o swoich kontaktach seksualnych z kobietami, wraz z przykładami i częstością odpowiedzi zostały zamieszczone w tabeli 4.

Reakcja lekarzy na ujawnienie przez badane kontaktów seksualnych z innymi kobietami

Kolejne pytanie skierowane zostało do kobiet, których ginekolog jest świadomy uprawiania przez pacjentkę seksu z kobietami (to jest 61 kobiet) i dotyczyło reakcji specjalisty na tę informację. Większość kobiet (33 odpowiedzi; 54,1%) spotkała się z neutralną reakcją ginekologa, 21,3% (13 kobiet) z bardzo pozytywną, 13,1% (8 kobiet) z raczej pozytywną; 8,2% (5 kobiet) oceniło reakcję lekarza jako bardzo negatywną, a 3,3% (2 kobiety) jako raczej negatywną.

Informacje zdrowotne udzielane przez lekarzy świadomych faktu współżycia pacjentki z kobietami

Informacji dotyczących zachowań zdrowotnych oraz czynników ryzyka i ochronnych specyficznych dla grupy kobiet uprawiających seks z kobietami udzieliło 14,8% (9 odpowiedzi) ginekologów, świadomych kontaktów seksualnych swoich pacjentek z kobietami. Odnosiły się one do następujących kwestii:

- chorób przenoszonych drogą płciową podczas seksu kobiet — 6 odpowiedzi,
- metod zabezpieczania się podczas seksu z kobietą — 2 odpowiedzi,

- potrzeby regularnego wykonywania badań ginekologicznych pomimo nieuprawiania seksu z mężczyznami — 1 odpowiedź.

Potrzeby kobiet uprawiających seks z kobietami odnoszące się do lekarzy ginekologów

Na pytanie: „Czy jest/są jakieś pytanie/pytania, które chciałaby Pani zadać lekarzowi ginekologowi, ale się Pani wstydziła lub obawiała jego reakcji?” odpowiedziało twierdząco 20,8% badanych kobiet (36 z 173, które odbyły już pierwszą wizytę u ginekologa). Stawiane przez badane kategorie pytań wraz z przykładami i procentem odpowiedzi zamieszczone zostały w tabeli 5.

Potrzeby zmian w relacji pacjentka–lekarz zgłaszane przez badane

Potrzebę zmian w kontakcie pacjentka–lekarz wyraziło 128 badanych kobiet (74,0%), które odbyły pierwszą wizytę u ginekologa. Najczęściej zgłaszaną przez badane potrzebą była większa świadomość lekarzy dotycząca występowania stosunków seksualnych między kobietami (57 odpowiedzi; 44,5% wszystkich odpowiedzi). Odpowiedzi udzielone przez badane wraz z częstością ich występowania zostały umieszczone w tabeli 6.

Dyskusja

Zgodnie z rezultatami badania 8,2% kobiet ujawniło fakt stosunków płciowych z kobietami swojemu lekarzowi ogólnemu, podczas gdy 35,3% kobiet poinformowało o tym swojego ginekologa. Najczęściej (47,4% wszystkich odpowiedzi) kobiety ujawniały swoją aktywność seksualną z innymi kobietami, chcąc sprostować błędne założenia lekarza. Zwykle kwestie te pojawiały się, gdy lekarz pytał pacjentkę, czy rozpoczęła już współżycie seksualne, czy jest aktywna seksualnie lub czy ma partnera. Jeśli pacjentka odpowiadała „tak”, nie udzielając dodatkowych informacji, lekarz automatycznie uznawał, że partner jest płci męskiej, co pociągało za sobą konsekwencje w postaci pytań o antykoncepcję, ciążę itd. i niepotrzebnych zaleceń. Odpowiedź „nie” skutkowała uznaniem, że kobieta nie rozpoczęła współżycia seksualnego. Pozostawała jeszcze trzecia możliwość, czyli sprostowanie założenia ginekologa i poinformowanie go o stosunkach seksualnych z kobietami.

Faktem jest jednak, że *coming-out* przed specjalistą naraża pacjentkę na potencjalnie negatywną reakcję ze strony lekarza i na jej dyskomfort z tym związany. Odsetek badanych równy 11,5 stwierdził, że lekarz ginekolog zareagował negatywnie lub bardzo negatywnie na *coming-out*: „Pani ginekolog mnie wyśmiała, więc od tamtej pory nie udzielam takich informacji” (25 lat), „Ginekolog wyrzuciła mnie z gabinetu” (32 lata). Ponad połowa badanych określiła postawę ginekologa jako „neutralną”, mając na myśli

Tabela 4. Sytuacje, w których badane informowały ginekologów o swoich doświadczeniach seksualnych z kobietami

Sytuacja	Przykładowe odpowiedzi	Liczba i procent odpowiedzi
Korygowanie błędnych założeń/ nieprecyzyjnych pytań ginekologa	<p>„Ginekolog spytał, czy często współżycie z mężczyzną, odpowiedziałam że nie współżycie z mężczyzną, tylko z kobietami!” (21 lat)</p> <p>„U ginekologa przy okazji pytania, czy rozpoczęłam już życie seksualne z mężczyznami. Odparłam „Nie, ale z kobietami — tak” (18 lat)</p> <p>„Ginekolog zaczął ze mną rozmawiać o antykoncepcji, więc powiedziałam, że nie stosuję antykoncepcji, gdyż jestem lesbijką” (31 lat)</p> <p>„Podczas wizyty u ginekologa, kiedy nie miałam miesiączki 3 miesiące i podczas wywiadu lekarza zasugerowała ciążę” (23 lata)</p> <p>Skrótowny opis pozostałych sytuacji i pytań, zadawanych przez ginekologa, w odpowiedzi na które pacjentki informowały lekarza o swoich kontaktach seksualnych z kobietami:</p> <p>„Czy ma Pani partnera?”, „Czy jest Pani dziewczyną?”</p> <p>Inne: w sytuacji choroby układu moczowo-płciowego udzielanie informacji pacjentce, jakich środków ostrożności powinien przestrzegać partner i/lub wypisywanie partnerowi recepty</p>	27 47,4%
Pytanie lekarza o dotychczasowe doświadczenia seksualne	<p>„Poinformowałam ginekologa, gdy zapytał o moje życie seksualne” (26 lat)</p> <p>„Przy pierwszej wizycie u ginekologa zostałam zapytana przez panią doktor o moje doświadczenie seksualne. Wtedy było ono wyłącznie z kobietami i tak też powiedziałam” (19 lat)</p>	24 42,1%
Informowanie bez wyraźnej przyczyny	<p>„Na wizycie kontrolnej u ginekologa mu o tym powiedziałam. Ot tak” (18 lat)</p> <p>„Nie pytał się, ale i tak mu powiedziałam” (25 lat)</p>	5 8,8%
Przekonanie, że ta informacja jest ważna z medycznego punktu widzenia	<p>„Regularnie informuję o tym lekarzy, którzy potrzebują informacji o moim życiu seksualnym dla ustalenia dalszego leczenia — ginekologa, endokrynologa” (31 lat)</p> <p>„Gdy zapytano, czy prowadzę życie seksualne. Niesprecyzowanie, że mam kontakty z kobietami, mogłoby wprowadzić lekarza w błąd” (18 lat)</p>	2 3,5%
W celu uniknięcia zbędnych pytań	<p>„Powiedziałam, by uniknąć zbędnych pytań” (21 lat)</p>	1 1,8%

Tabela 5. Kategorie pytań stawianych przez badane, przykładowe odpowiedzi oraz procent odpowiedzi

Kategorie pytań	Przykładowe odpowiedzi	Liczba i procent odpowiedzi
Choroby przenoszone drogą płciową i inne zagrożenia występujące podczas stosunku seksualnego kobiet	<p>„Czy można się zarazić AIDS?” (40 lat)</p> <p>„Jakie są niebezpieczeństwa związane z kontaktami seksualnymi między kobietami?” (21 lat)</p> <p>„Nie tyle się wstydziałam, ile nie sądziłam, że lekarz ma wiedzę. Pytania dotyczące tego, czy partnerka przy różnych rodzajach seksu mogłaby się zarazić moimi bakteriami (choruję na choroby układu moczowo-płciowego)” (33 lata)</p> <p>„Czy gdy jedna z partnerek ma grzybicę pochwy, druga może i jak się zarazić?” (27 lat)</p> <p>„O przyczyny stanów zapalnych w miejscach intymnych i związek z preferowaną przeze mnie formą kontaktów seksualnych” (25 lat)</p> <p>„Czy jest jakieś ryzyko, jeżeli ma się stałą partnerkę seksualną?” (22 lata)</p> <p>„Możliwość powikłań układu oddechowego związana z seksem oralnym” (29 lat)</p>	19 52,8%
Metody zabezpieczania się podczas seksu kobiet	<p>„Jak się zabezpieczać podczas seksu z kobietami i gdzie zdobyć potrzebne rzeczy?” (23 lata)</p> <p>„Zapytałabym o dostępność i rodzaje środków zabezpieczających przed chorobami przenoszonymi drogą płciową” (24 lata)</p> <p>„Pytania o środki zabezpieczające dla kobiet. Nie mam skąd czerpać wiedzy, a powinno to być dla mnie przecież oczywiste” (23 lata)</p>	11 30,6%
Pytania o przyczyny trudności z osiągnięciem satysfakcji seksualnej	<p>„Chciałabym iść do seksuologa, jednak mam obawy, że w związku z moimi problemami z orgazmem lekarz powie mi, abym spróbowała z mężczyzną albo uzna, że jestem za młoda, żeby wiedzieć, czego chcę” (22 lata)</p> <p>„Dlaczego nie potrafię dochodzić dopochwowo, tylko fechtaczkowo?” (18 lat)</p>	3 8,3%
Ciąża, możliwość sztucznego zapłodnienia	<p>„Informacje o możliwościach sztucznego zapłodnienia lub innych metod na zajście w ciążę bez potrzeby stosunku z mężczyzną” (29 lat)</p> <p>„Na temat procedur związanych z alternatywną inseminacją” (33 lata)</p>	3 8,3%
Wskazanie, czy dane zachowanie jest normą	<p>„Czy to normalne, że po intensywnym stosunku seksualnym z kobietą występuje krwawienie, które nie występowało po stosunku z mężczyzną?” (30 lat)</p>	1 2,8%
Przyczyny braku pożądania ze strony partnerki	<p>„Dlaczego moja partnerka nie chce się ze mną kochać fizycznie, a jest ze mną wiele lat i mnie kocha, tylko nie czuje pożądania?” (39 lat)</p>	1 2,8%

Tabela 6. Potrzeby zmian w relacji pacjentka–lekarz zgłaszane przez badane wraz z częstością odpowiedzi

Zgłaszane potrzeby zmiany	Przykłady odpowiedzi	Liczba i procent odpowiedzi
Większa świadomość lekarzy	<p>„Niezakładanie z góry, że każda kobieta domyślnie uprawia lub jest zainteresowana uprawianiem seksu wyłącznie z mężczyznami” (20 lat)</p> <p>„Byłoby dobrze, gdyby lekarze byli świadomi, że istniejemy i gdyby ich reakcje nie były negatywne albo z kategorii »ciekawskich«.</p> <p>Każda wizyta u lekarza jest dla mnie trudna, bo nigdy nie mówię wprost o tym, że jestem osobą homoseksualną, ale zawsze lekarze zakładają, że jestem heteroseksualna i tak też się do mnie zwracają” (27 lat)</p> <p>„Żeby nie zakładali ze wszystkie kobiety uprawiają seks z mężczyznami, albo że wszystkie potencjalnie muszą być w ciąży” (29 lat)</p> <p>„Chciałabym, żeby byli świadomi, że pacjentka może być orientacji homoseksualnej” (27 lat)</p>	57 44,5%
Merytoryczne i profesjonalne, a nie oceniające podejście lekarzy	<p>„Powinni nie traktować tego jak choroby psychicznej, tylko normalnie i udzielać informacji związanych z chciąby zabezpieczniami” (25 lat)</p> <p>„Z opinii znajomych wiem, że nie wszyscy mają tyle szczęścia co ja. Dobrze by było, gdyby lekarz nie próbował mówić, co o tym myśli, a zajął się leczeniem” (25 lat)</p> <p>„Planujemy mieć dzieci, a w grę wchodzi inseminacja. Chciałabym, by lekarz był profesjonalnie przygotowany do tematu, nie pytał niepotrzebnie i nie blokował możliwości pomocy” (27 lat)</p> <p>„Profesjonalne traktowanie i utrzymanie tajemnicy lekarskiej” (43 lata)</p> <p>„Żeby badając — pytali o nasze życie seksualne, bo moja ostatnia rozmowa z ginekologiem i badanie wypadłoby dużo gorzej, gdyby nie moje poczucie humoru i umiejętność unikania odpowiedzi na pewne pytania” (31 lat)</p> <p>„Wiedza, kompetencja, profesjonalizm” (36 lat)</p> <p>„By mieli większą wiedzę na temat zachowań seksualnych, nie kierowali się stereotypami” (30 lat)</p> <p>„Gdy już wiedzą, że pacjentka nie jest hetero, powinni do tego podejść bez umoralniania” (29 lat)</p>	44 34,4%
Tolerancja i szacunek	<p>„Zaakceptowanie naszego istnienia” (24 lata)</p> <p>„Chciałabym, by traktowano te kwestie zyczajnie, bez eksycytacji czy zdziwienia” (24 lata)</p> <p>„Abyśmy wreszcie były traktowane poważnie” (23 lata)</p> <p>„By podchodzono do nas bez uprzedzeń i tak samo serdecznie jak do kobiet hetero” (40 lat)</p>	42 32,8%
Prawo związane z uzyskiwaniem informacji na temat stanu zdrowia partnerki	<p>„Przed wszystkim informację dla partnerki o stanie zdrowia między innymi w szpitalach itp.” (21 lat)</p> <p>„Aby traktowano nas tak samo jak małżeństwa różnoplciowe, np. podczas pobytu w szpitalu” (46 lat)</p>	11 8,6%

brak złośliwych komentarzy, ale równocześnie brak otwartości czy zmieszanie lekarza: „Byłam u Pani ginekolog i nie za bardzo wiedziała, co ma powiedzieć i jak się zachować, gdy jej powiedziałam” (20 lat), „Ginekolożka nie zwróciła na to specjalnej uwagi i za dwa lata już uznała, że mam męża, nie wyprowadzałam jej już z błędu” (33 lata).

Z badań wynika, iż kobiety ujawniające nieheteronormatywne zachowania seksualne narażone są na różne formy nieodpowiedniego traktowania lekarzy — od niedelikatnego, a niekiedy wręcz brutalnego przeprowadzania badania pacjentki, przypisywania wszystkich problemów doświadczanych przez pacjentkę jej orientacji seksualnej, po nadmierne zainteresowanie detalami jej życia seksualnego [14]. Potwierdzono, iż postawy pracowników służb medycznych charakteryzujące się uprzedzeniami, wrogością i brakiem wiedzy skutkują między innymi niechęcią kobiet homoseksualnych i biseksualnych (LB, *lesbian, bisexual*) do korzystania z usług medycznych i odwlekaniem wizyt lekarskich, zwłaszcza w przypadku badań cytologicznych, mammografii i badań na obecność chorób przenoszonych drogą płciową [15, 16].

W niniejszym badaniu odnotowano różnicę między kobietami o odmiennej aktywności seksualnej w zakresie częstości odbywania wizyt u ginekologa. Grupą najrzadziej korzystającą z jego usług były kobiety mające wyłącznie stosunki seksualne z innymi kobietami, podczas gdy najczęściej do ginekologa uczęszczały kobiety tylko sporadycznie współżycie z kobietami. Wynik ten obrazuje tendencję, zgodnie z którą im więcej kontaktów heteroseksualnych w stosunku do homoseksualnych, tym większe prawdopodobieństwo wizyt u ginekologa. Rezultat ten powinien być brany pod uwagę zwłaszcza podczas konstruowania zdrowotnych kampanii społecznych.

W 1996 roku Amerykańskie Stowarzyszenie Medyczne (AMA, *American Medical Association*) [17] uznało, że „brak rozpoznania przez lekarza, że pacjent jest homoseksualny lub niechęć pacjenta do ujawnienia swojej orientacji seksualnej może prowadzić do niepowodzeń w zakresie wykrywania, diagnozowania lub leczenia ważnych problemów medycznych”. Wyniki badań pokazują, że ujawnienie swojej orientacji seksualnej może wpływać pozytywnie na otrzymywaną opiekę zdrowotną, ale aby to osiągnąć, musi być spełnionych kilka warunków [14]. W odpowiedzi na ujawnienie tego typu zachowań lekarz powinien dostarczyć pacjentce informacji przydatnych z jej perspektywy. Równocześnie powinien cały czas zachowywać postawę nieoceniającą [18].

Pośród badanych kobiet 31,7% chciałoby, by lekarz ogólny wiedział o ich nieheteroseksualnych kontaktach płciowych; w przypadku ginekologów procent ten wyniósł 69,1%. Równocześnie 34,2% uważa, że ważne jest, by lekarz ogólny wiedział o tego typu doświadczeniach seksualnych swoich pacjentek, podczas gdy 3/4 (75,7%) uznało

tę wiedzę za ważną w kontakcie z ginekologiem. Wyniki te są zgodne z innymi badaniami potwierdzającymi, że większość kobiet chciałaby, by lekarz znał ich orientację seksualną. W badaniu Lehmann, Lehmann i Kelly [19] o swojej orientacji seksualnej poinformowało lekarza ogólnego 31% badanych, mimo że chciałoby 68%. W badaniu przeprowadzonym wśród kobiet LB przez Smith, Johnson i Guenther [20] swoją orientację ujawniło 41,1% badanych; 40% wierzyło, że wiedza lekarza na temat ich orientacji poprawi jakość opieki medycznej; podobna liczba sądziła, że nie będzie to miało żadnego wpływu na dalsze leczenie.

W badaniu norweskim [14] z udziałem 128 kobiet homoseksualnych wyszczególniono trzy cechy specjalistów najbardziej pożądane przez pacjentki: a) świadomość, że nie wszystkie kobiety są heteroseksualne (*awareness*), 2) uznanie i szacunek wobec orientacji seksualnej (*attitude*) oraz wiedza medyczna (*knowledge*) na temat specyficznych potrzeb tej grupy. Potrzeby zmian zgłaszane przez uczestniczki niniejszego badania były zgodne z tymi wyodrębnionymi w badaniu kobiet w Norwegii. Badane Polki wskazały na trzy najważniejsze obszary zmian w służbie zdrowia: 1) większa świadomość lekarzy, że kobieta może uprawiać seks nie tylko z mężczyznami, 2) merytoryczne, a nie oceniające podejście lekarzy oraz 3) postawa tolerancji i szacunku.

Jedną z najważniejszych potrzeb zmian zgłaszanych przez badane było bardziej merytoryczne podejście i profesjonalizm. Wyniki dotychczas przeprowadzonych badań potwierdzają, iż znaczna część lekarzy nie czuje się kompetentna do udzielania porad kobietom o nieheteronormatywnych zachowaniach seksualnych [21]. Przyczynia się do tego brak wiedzy na temat stylu życia tej grupy oraz uprawianych przez nią praktyk seksualnych. W literaturze przedmiotu przytaczane są przypadki, w których kobietom homoseksualnym odradzano badania cytologiczne, utrzymując, że w tej grupie są one niepotrzebne [22]. W niniejszym badaniu profesjonalne udzielenie informacji adekwatnych do potrzeb badanych kobiet miało miejsce niezwykle rzadko, na co wskazuje liczba lekarzy ginekologów, którzy dostarczyli pacjentkom rzeczowych informacji w odpowiedzi na ujawnienie przez nich ich stosunków seksualnych z kobietami (14,8%).

Podsumowanie

Rezultaty niniejszego badania wskazują na dużą różnicę pomiędzy potrzebami pacjentek uprawiających seks z kobietami a realiami, które napotykają w kontakcie z lekarzami ginekologami. Aby zapewnić wszystkim pacjentkom podobny poziom pomocy medycznej, niezbędne jest wprowadzenie zmian zarówno na temat świadomości lekarzy w zakresie nieheteronormatywnych zachowań seksualnych, jak i wiedzy dotyczącej specyficznych potrzeb kobiet mających stosunki seksualne z kobietami. Temu tematowi powinno się poświęcać więcej uwagi

podczas studiów medycznych, zwłaszcza w przypadku specjalizacji ginekologicznej. Lekarze również we własnym zakresie powinni dążyć do poszerzenia wiedzy z tego obszaru, sięgając po odpowiednie lektury i przewodniki. Warto w tym miejscu przytoczyć rezultaty badania przeprowadzonego w Szwecji, którego wynik pokazał, że wśród lekarzy ogólnych 11% miało wiedzę na tematy zdrowotne specyficzne dla kobiet homoseksualnych, a połowa zadeklarowała chęć jej zdobycia, zwłaszcza na kursach i wykładach [23].

Pierwszym krokiem do tego typu zmian jest porzucenie przez lekarzy założeń o nieistnieniu stosunków seksualnych innych niż heteroseksualne i przyjęcie różnorodności doświadczeń ludzkich, a także stworzenie atmosfery zachęcającej pacjentki do szczerzej rozmowy na temat ich zachowań i odczuć. Podejmując decyzję o tym, czy ujawnić swoją orientację przed lekarzem, kobiety biorą pod uwagę jego postawę i atmosferę, którą wytwarza. Przyjęcie postawy akceptującej mogłoby przynieść mierzalne efekty w postaci poprawy zdrowia seksualnego i jakości życia, co powinno być celem nie tylko samych zainteresowanych, ale również personelu medycznego.

Niezbędne jest również prowadzenie dalszych badań z obszaru funkcjonowania zdrowotnego i kontaktu ze służbą zdrowia wśród kobiet LB. Badania takie powinny prowadzić do opracowywania warsztatów, przygotowywania akcji informacyjnych, kampanii społecznych itd. z uwzględnieniem potrzeb kobiet o nieheteronormatywnych zachowaniach seksualnych.

Piśmiennictwo

- Izdebski Z. Seksualność Polaków w dobie HIV/AIDS. Studium porównawcze 1997–2001–2005. Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra 2006.
- Mercer C., Bailey J., Johnson A. i wsp. Women who report having sex with women: British national probability data on prevalence, sexual behaviors, and health outcomes. *American Journal of Public Health* 2007; 97: 1126–1133.
- Laumann E., Gagnon J., Michael R., Michaels S. The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States. University of Chicago Press, Chicago 1994.
- Machaj-Szczerek A. Zachowania homoseksualne podejmowane przez kobiety będące w związkach heteroseksualnych — badania własne. *Seksuologia Polska* 2012; 10: 47–53.
- Abramowicz M. Doświadczenie dyskryminacji ze względu na orientację seksualną — analiza sytuacji społecznej osób LGB w Polsce. W: Iniewicz G., Mijas M., Grabski B. (red.). Wprowadzenie do psychologii LGB. Wydawnictwo „Continuo”, Wrocław 2012; 244–262.
- Bojarska K. Krytyka pojęcia orientacji seksualnej w świetle społecznego konstrukcjonizmu i teorii queer. W: Jodko A. (red.). Tabu seksuologii: Wątpliwości, trudne tematy, dylematy w seksuologii i edukacji seksualnej. Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej „Academica”, Warszawa 2008; 11–31.
- Dean L., Meyer I., Robinson K. i wsp. Lesbian, gay, bisexual, and transgender health: Findings and concerns. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association* 2000; 3: 102–151.
- Scherzer T. Negotiating health care: the experiences of young lesbian and bisexual women. *Culture Health and Sexuality* 2000; 2: 87–102.
- Herd G. Gay and lesbian youth. Haworth Press, New York 1989.
- Montcalm D., Myer L. Lesbian immunity from HIV/AIDS: fact or fiction? *Journal of Lesbian Studies* 2000; 4: 131–147.
- Arend E. The politics of invisibility: HIV-positive women who have sex with women and their struggle for support. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 2003; 14: 37–47.
- San Francisco Department of Public Health, AIDS Office. Health Behaviors among Lesbian and Bisexual Women: A Community-based Women's Health Study. Prevention Services Branch, San Francisco 1993.
- Good R. The gynecologist and the lesbian. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 1976; 19: 473–482.
- Björkman M., Malterud K. Lesbian women's experiences with health care. A qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2009; 27: 238–243.
- Aaron D., Marcovic N., Danielsson M., Honnold J., Janosky J., Schmidt N. Behavioral risk factors for diseases and preventive health practices among lesbians. *American Journal of Public Health* 2001; 91: 972–975.
- Koh A. Use of preventive health behaviors by lesbian, bisexual, and heterosexual women: questionnaire survey. *Western Journal of Medicine* 2000; 172: 379–384.
- American Medical Association, Council on Scientific Affairs. Health needs of gay men and lesbians in the United States. *Journal of the American Medical Association* 1996; 275: 1354–1359.
- Mayer K., Bradford J., Makadon H., Stall R., Goldhammer H., Landers S. Sexual and gender minority health: What we know and what needs to be done. *American Journal of Public Health* 2008; 98: 989–995.
- Lehmann J., Lehmann Ch., Kelly P. Development and health care needs of lesbians. *Journal of Women's Health* 1998; 7: 379–387.
- Smith E., Johnson S., Guenther S. Health care attitudes and experiences during gynecologic care among lesbians and bisexuals. *American Journal of Public Health*; 75: 1085–1087.
- Khan A., Plummer D., Hussain R., Minichiello V. Does physician bias affect the quality of care they deliver? Evidence in the care of sexually transmitted infections. *Sexually Transmitted Infections* 2008; 84: 150–151.
- Hughes C., Evans A. Health needs of women who have sex with women. *British Medical Journal* 2003; 327: 939–940.
- Westerstahl A., Segesten K., Björkelund C. GPs and lesbian women in consultation: issues of awareness and knowledge. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2002; 20: 203–207.